

Depressão maior em pacientes com dor torácica não cardíaca – Quem vai tratar?

Major depression in patients with non-cardiac chest pain – Who is going to treat?

RENÉRIO FRÁGUAS¹, MOACYR ROBERTO CUCE NOBRE², MAURICIO WAJNGARTEN³, MARCUS VINICIUS CARDEAL¹,
JOÃO AUGUSTO BERTUOL FIGUEIRÓ⁴, DAN V. IOSIFESCU⁵, MANOEL JACOBSEN TEIXEIRA⁶

¹ Grupo de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

² Unidade de Epidemiologia Clínica do Instituto do Coração (InCor) do HC-FMUSP.

³ Unidade Clínica de Cardiogeriatría do InCor-HC-FMUSP.

⁴ Centro de Dor do HC-FMUSP.

⁵ Depression Clinical and Research Program, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard University, Boston, USA.

⁶ Professor titular da disciplina de Neurocirurgia do Departamento de Neurologia da FMUSP.

Recebido: 23/10/2008 – Aceito: 20/1/2009

Resumo

Objetivo: Investigar a presença de transtornos psiquiátricos em pacientes com dor torácica de origem não cardíaca que não respondem aos tratamentos regulares. **Método:** Dezoito pacientes com dor torácica sem origem cardíaca e considerados por seus clínicos como não respondentes aos tratamentos regulares instituídos foram avaliados por um psiquiatra treinado. As entrevistas foram realizadas com base no Present State Examination e os diagnósticos psiquiátricos, de acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana, 3ª Edição Revisada (DSM-III-R). **Resultados:** Depressão maior no momento da avaliação foi diagnosticada em 6 (30%) pacientes, somatização em 1 (6%) e transtorno do pânico em 1 (6%) paciente. Sete pacientes estavam recebendo antidepressivos tricíclicos com doses < 75 mg/dia. **Conclusões:** A baixa dose de ADTs usadas para o tratamento da dor nesses pacientes pode ter melhorado parcialmente os sintomas depressivos, tornando mais difíceis o diagnóstico e o tratamento apropriado(s) da depressão e, assim, contribuindo para a persistência da dor e outras queixas. As futuras pesquisas deverão focalizar a eficácia do tratamento da depressão nesses pacientes e o impacto deste no alívio da dor torácica não cardíaca.

Fráguas R, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(3):83-7

Palavras-chave: Depressão, cardiologia, dor, tratamento, atenção primária.

Abstract

Objective: To investigate the presence of psychiatric disorders in patients with chest pain not responsive to treatment. **Method:** We evaluated 18 patients judged by their physicians to have a chest pain not responsive to usual treatment, which included anti-pain medicines and investigation and treatment of possible etiological causes such as coronary artery disease, and gastroesophageal reflux disease. A psychiatrist interviewed the patients using the Present State Examination and made the diagnosis based on the DSM-III-R criteria. Current major depression was diagnosed in 6 (30%) patients, somatization in 1 (6%) and panic disorder in 1 (6%) patient. Seven patients were receiving tricyclic antidepressants with doses \geq 75 mg/day. **Discussion:** Patients were receiving doses of tricyclic antidepressants efficacious for pain but not for major depression. It is possible that the low dose of antidepressants used to treat pain

may partially ameliorate depressive symptoms, making the appropriate diagnosis and treatment of major depression even more difficult, consequently contributing to the persistence of pain and other complains. Considering the wide alternatives to effectively treat depression, a focus on detection and treatment of major depression in patients with chest pain is warranted by clinicians and researchers.

Fráguas R, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(3):83-7

Key-words: Depression, cardiology, pain, treatment, primary care.

Introdução

A dor torácica pode resultar de diferentes condições médicas, incluindo *angina pectoris*, doenças respiratórias pulmonares e gastrintestinais, problemas musculoesqueléticos e transtornos psiquiátricos^{1,2}. A prevalência dessas etiologias tende a variar conforme o contexto ou a especialidade médica (*medical setting*) em que são estudadas¹. O diagnóstico da dor torácica não cardíaca geralmente é concluído quando o paciente apresenta dores no peito recorrentes e frequentemente debilitantes que não podem ser mais bem explicadas por um problema cardíaco nem por qualquer outra causa isolada. A dor torácica sem origem cardíaca é comum na população geral e tende a ser mais encontrada particularmente na clínica geral (*general practice*). Além de experimentarem pior qualidade de vida, os pacientes com dor torácica não cardíaca tendem a utilizar mais os serviços de saúde³, a estarem mais convencidos de que sua dor tem uma origem cardíaca (ou *a atribuir sua dor a um problema no coração*) e a estar insatisfeito com o tratamento que recebe, seja na atenção primária ou secundária⁴.

O tratamento empírico com inibidores da bomba de prótons e vários outros métodos têm sido propostos para otimizar a investigação de possíveis causas gastrintestinais⁵. Entre os fatores psiquiátricos, o transtorno do pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo e particularmente a depressão têm sido associados à dor torácica não cardíaca⁶. Embora algumas causas psiquiátricas subjacentes tenham sido sugeridas, a avaliação psiquiátrica de rotina não tem sido adotada nem proposta uma abordagem psiquiátrica empírica de modo sistemático. No presente relato envolvendo pacientes com dor torácica não cardíaca, não respondentes ao tratamento padrão e usuários frequentes de serviços médicos, investigamos a presença da morbidade psiquiátrica e sugerimos um enfoque sistemático possível em sua abordagem.

Casuística

Avaliamos 18 pacientes que, na opinião de seus médicos clínicos-gerais, apresentavam dor torácica de origem não cardíaca não responsiva ao tratamento de uma possível causa primária (por exemplo, refluxo

gastroesofágico, *angina pectoris* etc.), nem ao emprego de antidepressivos ou fisioterapia e que haviam requerido um número excessivo de consultas médicas nos últimos seis meses. Os pacientes eram usuários da Unidade Ambulatorial de Dor Torácica do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HC-FMUSP). Os pacientes desta unidade são tratados por uma equipe multidisciplinar de acordo com protocolos clínicos, que incluem uma investigação etiológica da dor torácica (por exemplo, refluxo esofágico, angina), se esta não tiver sido realizada até então, e encaminhamento a outras especialidades quando necessário (por exemplo, pacientes diagnosticados com doença coronariana eram encaminhados sistematicamente para a unidade de tratamento coronariano).

Todos os pacientes foram avaliados por um psiquiatra (MVC) por meio do Present State Examination (PSE), 9ª edição⁷, e os diagnósticos psiquiátricos encontrados eram determinados, assim, de acordo com os critérios do DSM-III-R.

Foram avaliados 14 mulheres e 4 homens. A idade média era de 55 anos, variando entre 32 e 77 anos. A presença de transtorno psiquiátrico atual foi encontrada em 11 (66%) pacientes; 6 (33%) pacientes apresentavam depressão maior (DM) atual (ou *na ocasião*), um (6%) apresentava transtorno do pânico, um (6%) apresentava somatização, 3 (17%) apresentavam fobia simples e 2 (11%) apresentavam problemas psicológicos associados à dor. Sete pacientes (39%) tomavam antidepressivos tricíclicos (ADTs) em doses de no máximo 75 mg/d (Tabela 1).

Discussão

Diagnosticou-se pelo menos um transtorno mental em 11 (61%) dos 18 pacientes com dor torácica de origem não cardíaca e não responsivos aos tratamentos usuais padronizados. Notou-se que 6 (33%) deles tinham um diagnóstico de DM, um transtorno cujo tratamento é reconhecidamente eficaz. Digno de nota também é o fato de que 7 (39%) desses 18 pacientes estavam sendo tratados com ADTs em doses máximas não maiores que 75 mg/dia. Embora eficaz para o tratamento da dor torácica^{8,9}, essa dose não é suficiente para o tratamento

Tabela 1. Características dos pacientes com dor torácica não cardíaca não responsivos ao tratamento

ID Número ident.	Sexo	Idade	Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico não psiquiátrico	Tratamentos médicos gerais	Medicamentos psicotrópicos (mg/dia)
1	M	32	Depressão maior	Ferimento torácico por arma de fogo, epilepsia de lobo occipital, história prévia de meningite	–	–
2	F	63	Transtorno doloroso associado a fatores psíquicos	Estenose mitral, insuficiência cardíaca funcional classe III	Digoxina, warfarina, dipirona	–
3	M	70	Depressão maior	Fratura de costela com lesão de nervo	Diidroergotamina, diidroergocriptina, diidroergocristina	Imipramina (750) clorpromazina (120)
4	F	49	Somatização		Diclofenaco sódico ranitidina	Amitriptilina (25)
5	F	51	–	Hérnias de colunas lombar e cervical, osteoartrose, hipertensão arterial, doença de Chagas	Diclofenaco sódico, captopril hidroclorotiazida	Amitriptilina (50)
6	F	36	Depressão maior	Síndrome miofascial, história de transplante de valvas mitral e aórtica	Digoxina, enalapril, furosemida, quinidina, ranitidina	Diazepam (50), amitriptilina (75), clorpromazina
7	M	54	Fobia simples	Não especificado	Propranolol	–
8	M	46	Fobia simples	Toracotomia, síndrome miofascial, escoliose, úlcera gástrica, gastrite, bloqueio de ramo	Cimetidina	–
9	F	51	Transtorno do pânico, fobia simples	Escoliose, gastrite	–	–
10	F	59	Transtorno doloroso associado a fatores psíquicos	Insuficiência mitral, doença de Graves, tuberculose pleural e pericárdica no passado	–	–
11	F	76	–	Hipertensão arterial, doença coronariana, osteoartrose cervical, síndrome miofascial	Nitrato, verapamil	–
12	F	77	–	Doença coronariana	Captopril, clortalidona, anlodipina, propranolol	–
13	F	60	–	Valvopatia mitral, sequelas de acidente vascular cerebral, diabetes tipo II, neuropatia pós-toracotomia	Digoxina	–
14	F	42	Depressão maior	Valvopatia mitral, hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, hepatite C, gastrite, DPOC	Digoxina, furosemida, captopril, meperidina	Flunitrazepam
15	F	41	Depressão maior	Neuropatia periférica	–	Imipramina (25), clorpromazina (30), lorazepam (2)
16	F	59	–	Osteoartrose, osteoporose, fibromialgia, displasia mamária	Estradiol, ciproterona, cisaprida, omeprazol	Amitriptilina (50), clorpromazina (35)
17	F	66	–	Dor pós-toracotomia, revascularização do miocárdio	Indometacina, furosemida, digoxina, captopril, isossorbida	Imipramina (50), clorpromazina (20)
18	F	63	Depressão maior	Não especificado	Diclofenaco	–

pleno da depressão, que tipicamente requer doses entre 150 e 300 mg/dia.

Apesar de as doses utilizadas nesses pacientes não serem adequadas para o tratamento da depressão, nossos achados sugerem que os clínicos estejam familiarizados com o uso de antidepressivos. Assim, doses adequadas para o tratamento da depressão provavelmente não estavam sendo prescritas porque os clínicos não haviam detectado a presença de depressão¹⁰. Deve-se manter em mente que a dor (também) pode ser um sintoma depressivo. Ainda, dor e outros sintomas físicos da depressão são conhecidos por confundirem o diagnóstico da depressão em contextos médicos (ou *condições médicas*)¹¹. Além disso, pacientes deprimidos frequentemente enfatizam manifestações somáticas e minimizam sintomas psíquicos em consultas médicas, aumentando a dificuldade para se reconhecer a presença da depressão¹². Finalmente, a baixa dose de ADTs utilizada para tratar a dor torácica não cardíaca desses pacientes pode ter melhorado parcialmente os sintomas depressivos, resultando em um obstáculo adicional à detecção da depressão subjacente.

Embora um aumento na dose do ADT possa ser considerado, o perfil adverso de efeitos colaterais dos ADTs com frequência restringe seu uso em doses maiores em pacientes com transtornos médicos gerais. De fato, tem sido relatado que a imipramina, um ADT com eficácia antidepressiva comprovada, tem eficácia no tratamento da dor torácica, mas não na melhora da qualidade de vida dos pacientes, provavelmente em razão dos efeitos colaterais¹³. Como alternativa, antidepressivos de gerações mais recentes, incluindo a sertralina¹⁴, inibidores duais de serotonina e noradrenalina¹⁵ como duloxetine e venlafaxina¹⁶, e possivelmente outros antidepressivos (por exemplo, citalopram, escitalopram, fluoxetine, paroxetina) podem ser eficazes (ou *úteis*) no tratamento da dor torácica não cardíaca e também ser usados em suas doses plenas (*full doses*) para tratar a depressão que aparece como comorbidade, com efeitos colaterais potencialmente de manejo mais fácil do que os dos ADTs. Também tem sido demonstrado que intervenções psicoterapêuticas com eficácia comprovada na depressão, como a terapia cognitivo-comportamental, podem ser úteis no tratamento da dor torácica não cardíaca^{17,18}. Contudo, uma vez mais, não foram encontrados estudos que focassem especificamente a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em pacientes com dor torácica não cardíaca e depressão como comorbidade.

O não reconhecimento e consequente não tratamento da depressão associada à dor torácica não cardíaca pode ser uma explicação para a ausência de resposta ao tratamento padrão em alguns desses pacientes, favorecendo sua evolução com queixas crônicas e a um número excessivo de consultas médicas. Embora não existam estudos específicos dirigidos para a dor torácica não cardíaca, alguns dados indiretos dão suporte a essa hipótese. Em primeiro lugar, tem sido relatado que a

depressão com sintomas ansiosos se associa a uma diminuição do limiar de percepção da dor¹⁹. Também se descreveu um uso excessivo dos serviços de saúde em pacientes com depressão em comorbidade com outras variedades da dor crônica²⁰. Além disso, observou-se que mulheres continuam a experimentar dor torácica duas vezes mais do que os homens²¹, numa distribuição semelhante à encontrada para a depressão maior na população geral e nos serviços de atenção primária²². Consequentemente, a alta prevalência de depressão em mulheres poderia ser um fator confundidor da dor torácica não cardíaca em mulheres.

O presente estudo é descritivo e não foi desenhado para testar uma hipótese. Ainda, os pacientes estudados e seus clínicos provêm de um país em desenvolvimento, o que torna difícil assumir a existência de serviços de saúde similares em países com diferentes culturas e graus de desenvolvimento. Entretanto, a alta comorbidade da depressão em pacientes com dor torácica não cardíaca já foi previamente encontrada em estudos realizados no Canadá²³, na Índia²⁴, na África do Sul²⁵, no Reino Unido²⁶ e nos Estados Unidos²⁷⁻³⁰. Embora a depressão comórbida possa ter sido tratada em outros centros e países, diferentemente do transtorno do pânico^{2,31}, não foi encontrado nenhum estudo investigando a eficácia de tal tratamento e seu impacto no prognóstico da dor torácica não cardíaca.

Conclusão

Clínicos-gerais, cardiologistas, gastroenterologistas e outros especialistas que tratam pacientes com dor torácica não cardíaca devem ser instruídos a investigar e tratar a depressão nesses pacientes conforme o proposto para pacientes em geral na atenção primária^{32,33}. São necessários, enfim, estudos focalizando o tratamento da depressão como comorbidade e seu impacto no prognóstico do dor torácica não cardíaca.

Referências

1. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaeij N, Aerts M, Knottnerus JA, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract*. 2001;18(6):586-9.
2. Huffman JC, Pollack MH, Stern TA. Panic disorder and chest pain: mechanisms, morbidity, and management. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2002;4(2):54-62.
3. Eslick GD, Coulshed DS, Talley NJ. Review article: the burden of illness of non-cardiac chest pain. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16(7):1217-23.
4. Mayou R, Bryant B, Forfar C, Clark D. Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J*. 1994;72(6):548-53.
5. Eslick GD, Coulshed DS, Talley NJ. Diagnosis and treatment of noncardiac chest pain. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2005;2(10):463-72.
6. Ho KY, Kang JY, Yeo B, Ng WL. Non-cardiac, non-oesophageal chest pain: the relevance of psychological factors. *Gut*. 1998;43(1):105-10.
7. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and CATEGO program. New York: Cambridge University Press; 1974.
8. Prakash C, Clouse RE. Long-term outcome from tricyclic antidepressant treatment of functional chest pain. *Dig Dis Sci*. 1999;44(12):2373-9.

9. Cannon RO, 3rd, Quyyumi AA, Mincemoyer R, Stine AM, Gracely RH, Smith WB, et al. Imipramine in patients with chest pain despite normal coronary angiograms. *N Engl J Med.* 1994;330(20):1411-7.
10. Katona C, Peveler R, Dowrick C, Wessely S, Feinmann C, Gask L, et al. Pain symptoms in depression: definition and clinical significance. *Clin Med.* 2005;5(4):390-5.
11. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005;7(4):167-76.
12. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D, et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(6):421-9.
13. Cox ID, Hann CM, Kaski JC. Low dose imipramine improves chest pain but not quality of life in patients with angina and normal coronary angiograms. *Eur Heart J.* 1998;19(2):250-4.
14. Varia I, Logue E, O'Connor C, Newby K, Wagner HR, Davenport C, et al. Randomized trial of sertraline in patients with unexplained chest pain of noncardiac origin. *Am Heart J.* 2000;140(3):367-72.
15. Wessely S, Hindmarch I. Taking the pain out of depression: dual action antidepressants in the relief of pain in depression, fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Hum Psychopharmacol.* 2004;19Suppl 1:S1-2.
16. Bradley RH, Barkin RL, Jerome J, DeYoung K, Dodge CW. Efficacy of venlafaxine for the long term treatment of chronic pain with associated major depressive disorder. *Am J Ther.* 2003;10(5):318-23.
17. van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, van Rood Y, van der Does JW, Brusckhe AV, Rooijmans HG. Cognitive-behavioral therapy for noncardiac chest pain: a randomized trial. *Am J Med.* 1999;106(4):424-9.
18. Mayou RA, Bryant BM, Sanders D, Bass C, Klimes I, Forfar C. A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychological Medicine.* 1997;27(5):1021-31.
19. Adler G, Gattaz WF. Pain perception threshold in major depression. *Biological Psychiatry.* 1993;34(10):687-9.
20. Mossey JM, Gallagher RM, Tirumalasetti F. The effects of pain and depression on physical functioning in elderly residents of a continuing care retirement community. *Pain Medicine.* 2000;1(4):340-50.
21. Dumville JC, MacPherson H, Griffith K, Miles JN, Lewin RJ. Non-cardiac chest pain: a retrospective cohort study of patients who attended a Rapid Access Chest Pain Clinic. *Fam Pract.* 2007;24(2):152-7.
22. Kessler LG, Burns BJ, Shapiro S, Tischler GL, George LK, Hough RL, et al. Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health.* 1987;77(1):18-24.
23. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Arseneault A, Beitman BD. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am J Med.* 1996;101(4):371-80.
24. Alexander PJ, Prabhu SG, Krishnamoorthy ES, Halkatti PC. Mental disorders in patients with noncardiac chest pain. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89(5):291-3.
25. Naidoo P, Patel CJ. Stress, depression and left-sided psychogenic chest pain. *Acta Psychiatr Scand.* 1993;88(1):12-5.
26. Channer KS, Papouchado M, James MA, Rees JR. Anxiety and depression in patients with chest pain referred for exercise testing. *Lancet.* 1985;2(8459):820-3.
27. Katon W, Hall ML, Russo J, Cormier L, Hollifield M, Vitaliano PP, et al. Chest pain: relationship of psychiatric illness to coronary arteriographic results. *Am J Med.* 1988;84(1):1-9.
28. Wulsin LR, Arnold LM, Hillard JR. Axis I disorders in ER patients with atypical chest pain. *Int J Psychiatry Med.* 1991;21(1):37-46.
29. Carney RM, Freedland KE, Ludbrook PA, Saunders RD, Jaffe AS. Major depression, panic disorder, and mitral valve prolapse in patients who complain of chest pain. *Am J Med.* 1990;89(6):757-60.
30. Beitman BD, Basha I, Flaker G, DeRosear L, Mukerji V, Lamberti JW. Major depression in cardiology chest pain patients without coronary artery disease and with panic disorder. *J Affect Disord.* 1987;13(1):51-9.
31. Wulsin LR, Maddock R, Beitman B, Dawaher R, Wells VE. Clonazepam treatment of panic disorder in patients with recurrent chest pain and normal coronary arteries. *Int J Psychiatry Med.* 1999;29(1):97-105.
32. Williams JW Jr, Stellato CP, Cornell J, Barrett JE. The 13- and 20-item Hopkins Symptom Checklist Depression Scale: psychometric properties in primary care patients with minor depression or dysthymia. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(1):37-50.
33. van Praag HM. On what evidence should education concerning depression be based? *International clinical psychopharmacology.* 1999;14 Suppl 3(S):35-9.